INFORMATIVO N° 252
Mayo 2015

NUEVO SEGURO DE VIDA Y COMPLEMENTARIO DE SALUD A CONTAR DEL 27 DE MAYO 2015.

Con gran satisfacción tenemos el agrado de comunicar a todos/as nuestros/as afiliados/as que producto de un proceso de licitación pública efectuado por la Junta Nacional de Jardines Infantiles, a través del Servicio de Bienestar se ha contratado un nuevo seguro colectivo de vida y complementario de salud para los funcionarios afiliados al Servicio de Bienestar y sus cargas legales.

Esto es el resultado de un arduo trabajo, por el equipo profesional de este Servicio, lo que permitió mejorar las coberturas y beneficios de este seguro acorde a las necesidades y el bienestar de cada uno de nuestros/as afiliados/as.

Este seguro entró en vigencia a contar del día 27 de mayo de 2015, con la Compañía de seguros "Sura S.A", en consideración a la *"Toma de Razón"* realizada con esa fecha por la Contraloría General de la República.

PRINCIPALES BENEFICIOS:

- ✓ Sin cobro de deducible
- ✓ Este nuevo seguro ofrece mayores porcentajes de reembolso y topes en gastos médicos, en comparación con los seguros anteriores
- ✓ No existe restricción respecto de la edad de ingreso o de la edad tope de permanencia del seguro de Salud.
- ✓ Se aceptan afiliados con enfermedades originadas antes de la fecha de vigencia del seguro.
- ✓ Rebaja de Dioptría de 5 a 3 en alguno de los ojos para cirugía ocular incluyendo Lasik.
- ✓ Aumento de porcentaje de reembolso por uso FONASA PAD y Sistema AUGE FONASA o ISAPRE.
- ✓ Aumento plazo de reclamo de 60 a 92 días, en la Compañía de Seguros.
- ✓ Aumento de farmacias en convenio: SalcoBrand y Cruz Verde.
- ✓ Disminución de días de pago de reembolso (desde que el gasto se recibe en la Compañía de Seguros): ○ 5 días hábiles para gastos: No Hospitalarios y gastos Hospitalarios inferior a $1.000.000.
  - ○ 9 días hábiles para gastos: Hospitalarios mayores a $1.000.000. ○ 10 días hábiles para: los siniestros de Vida.
  - ○ 5 días hábiles para: pago con cheque de gastos de Seguro de Salud. ○ 9 días hábiles para: pago con cheque de gasto de Seguro de Vida.

Se utilizará "Solicitud de Reembolsos Médicos SURA" para la presentación de los gastos. Con posterioridad, junto a su liquidación de sueldo, entregaremos Manual de Usuario, tarjetas de farmacias y Solicitud de Reembolsos en chequera individual.

Respecto a la designación de beneficiario del Seguro de Vida el formulario se enviará en duplicado y sólo se hará efectivo cuando se encuentre físicamente en poder de la aseguradora.

Fechas de emisión de documentos para reembolso médico.

Fecha de emisión de documentos	**Entidad que reembolsa**	**Plazo para presentar solicitud de reembolso**	**Detalle en Informativo**
Desde el 01 de marzo al 26 de mayo de 2015	Servicio de Bienestar	90 días corridos (En Servicio de Bienestar) Hasta el día 26 de agosto 2015.	Nº 244 de 2015.
Desde el 27 de mayo 2015 al 26 de mayo de 2017.	Compañía de Seguros Sura	Desde la fecha de emisión son 91 días corridos para que los documentos estén en oficinas de la compañía en Santiago.	N° 252 de 2015.

TOPE ANUAL 300 UF
SIN DEDUCIBLE

TABLA DE BENEFICIOS SURA

COBERTURAS SALUD	GASTO PAGADO CON BONO DE ISAPRE O FONASA	BOLETA PARTICULAR CON REEMBOLSO DE ISAPRE O FONASA	GASTO SIN REEMBOLSO DE FONASA O ISAPRE	TOPE POR EVENTO	TOPE ANUAL	REEEMBOLSO PAD/AUGE PLAN CERRADO ISAPRE
GASTOS AMBULATORIOS						
Consultas Médicas	70%	40%	20%	0,4 UF	10 UF	-
Exámenes y Procedimientos (Incluye Kinesiología)	60%	40%	20%	Sin tope	12 UF	-
Cirugía Ambulatoria (incluye Cirugía Láser con Dioptrías igual o superior a 3)	50%	50%	25%	Sin tope	50 UF	-
Medicamentos Ambulatorios (incluye genéricos, bio-equivalente y de marca)	50%			-	14 UF	-
SALUD MENTAL						
Consulta y Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicológico, Psicopedagógico, Fonoaudiológico.	50%	38%	19%	0,4 UF	8 UF	-
Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica	40%	38%	19%	-	10 UF	-
OTROS GASTOS AMBULATORIOS						
Óptica (incluye marcos, cristales y lentes de contactos)	60%	60%	30%	-	5 UF	-
Prótesis y Órtesis (incluye audífonos y silla de ruedas)	60%	60%	30%	-	15 UF	-
GASTOS HOSPITALARIOS						
Día Cama hasta 30 días	80%	80%	40%	-	4 UF por día	85% Sin Tope
Día Cama exceso 30 días	50%	50%	25%	-	4 UF por día	55% Sin Tope
Servicios Hospitalarios (Derecho a Pabellón - Cirugía Dental por Accidente - Ambulancia Terrestre, Servicio de Enfermería, Medicamentos e Insumos) y Honorarios Médicos Quirúrgicos	45%	40%	20%	-	Sin tope	50% Sin Tope
GASTOS MATERNIDAD						
Parto Normal	45%	30%	15%	-	15 UF por Evento	50 % Sin Tope
Cesárea	45%	30%	15%	-	20 UF por Evento	50 % Sin Tope
Aborto no Voluntario	45%	30%	15%	-	10 UF por Evento	-
Complicaciones del Embarazo o del Parto	45%	30%	15%	sin tope	sin tope	-
SIN COBERTURA - NO CODIFICADOS						
GASTOS NO CODIFICADOS POR ISAPRE O FONASA	-	30%		-	10 UF Anual	-
GASTOS SIN BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO (COLUMNA 4)						
MONTO MAXIMO A REEMBOLSAR AL AÑO	**UF 300 POR ASEGURADO**					
DEDUCIBLE ANUAL UNICO GRUPO FAMILIAR	**Sin deducible**					

Cualquier duda que surja respecto al contenido del presente Informativo, sugerimos realizarla directamente a este Servicio de Bienestar o Encargadas/o de Bienestar Regional, según sea el caso, o correo electrónico bienestarjunji.cl@junji.cl

Se despide afectuosamente.

SERVICIO DE BIENESTAR

Junta Nacional de Jardines Infantiles
Ministerio de Educación
Gobierno de Chile

INFORMACIÓN DETALLADA DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DE VIDA Y COMPLEMENTARIO DE SALUD A CONTAR DEL 27 DE MAYO 2015.

SERVICIO DE BIENESTAR JUNJI

1.- <u>Información general del nuevo seguro de vida y complementario de salud.</u>

a) **Proveedor contratado: "**Seguros de Vida S.A"., o igualmente "Sura S.A", RUT: 96.549.050-7.

b) **Vigencia de contrato**: Este contrato tiene una vigencia de 24 meses, siendo su fecha de inicio el día 27 de mayo de 2015 *(fecha de toma de razón de resolución en CGR),* y su término el día 26 de mayo de 2017.-

c) **Seguros contratados:**

- Un Seguro Colectivo de Vida, que opera sólo respecto de la afiliada/o titular
- Un Seguro Complementario de Salud, que opera para los afiliados y cargas legales.

Nota: <u>El seguro contratado no contempla seguro catastrófico, Seguro de invalidez total y permanente, cobertura dental, ni reembolso de gastos realizados en el extranjero.</u>

2.- <u>Requisitos y condiciones de Seguro de Vida:</u>

a) Riesgos cubiertos: Este seguro cubre al titular del riesgo de fallecimiento por enfermedad o accidente según las condiciones generales de la póliza.

b) Asegurados: Cubre a todos los afiliados al Servicio de Bienestar **<u>(activos y pasivos).</u>**

c) Monto asegurado: El capital asegurado es el siguiente:

Edad	Capital asegurado
Hasta los 74 años	50 U.F.
75-79 años	20 U.F.
80-85 años (Hasta 85 años, 364 días)	15 U.F.

3.- <u>Requisitos y condiciones generales de Seguro Complementario de Salud:</u>

a) Riesgos que cubre el seguro: La compañía de seguros reembolsará los gastos médicos que se detallan en Anexo Nº1, "Tabla de Beneficios Seguro Sura", en el porcentaje, modalidad y topes que se detalla para cada concepto de gasto.
Los Titulares (afiliados) y sus cargas legales, pueden hacer uso del seguro una vez que el Organismo previsional al que estuvieren afiliados, sea FONASA O ISAPRE, haya otorgado la cobertura de las prestaciones médicas.

b) Montos asegurados: Los montos límites asegurados, aplicables por cada miembro del grupo familiar perteneciente a cada asegurado, se detallan en cada concepto, en la tabla de beneficios adjunta.

c) No existe cobro de deducible: No existe descuento o cobro por concepto de deducible, por lo tanto, los gastos realizados y aprobados, serán reembolsados como se indica en Anexo Nº1.

d) Tope Anual: El monto máximo de reembolso anual por asegurado equivale a 300 U.F.

e) Aumento en % de reembolsos: Este nuevo seguro ofrece mayores porcentajes de reembolso y topes en gastos médicos, en comparación con los seguros anteriores, por ejemplo:

- En consultas médicas vía bono, aumenta el reembolso de 60% a 70% (Tope anual 10 U.F).
- En medicamentos, aumenta el reembolso de 34% a 50% (Tope anual 14 U.F.).
- Días cama hasta 30 días, aumenta el reembolso de 68% a 80%(Tope 4 U.F por día).

f) Otras características del seguro contratado que rigen durante la vigencia del contrato:

- No existe restricción respecto de la edad de ingreso o de la edad tope de permanencia.
- No se exige declaración de salud, ni exámenes médicos.
- No se puede excluir a ningún beneficiario o afiliada/o en consideración a enfermedades preexistentes.
- Tienen derecho a estar asegurados todos los afiliados al Servicio de Bienestar de JUNJI y sus cargas familiares RECONOCIDAS EN JUNJI, sin ningún requisito previo.
- Las pólizas de seguros deben otorgar cobertura automática a todas/os las /os funcionarias/os afiliadas/os al Servicio de Bienestar (Activos y Pasivos).
- La aseguradora debe dar continuidad a la bonificación de los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos, que previamente fueron evaluados y bonificados por la Compañía de Seguros anterior, sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una anterior colilla de bonificación o documento que demuestre el pago (Receta tiene una duración de 6 meses).

g) Formularios a utilizar en el seguro:

Solicitud de reembolso:

- La I, II y III parte, debe ser llenada por la afiliada/o "I Antecedentes del asegurado titular, "II Antecedentes del paciente" y III "Antecedentes del reembolso", y anotar su firma y fecha.
- La IV parte "Informe médico tratante", debe ser llenada y firmada por el médico tratante, incluyendo entre otros datos, el diagnóstico y detalle de tratamiento.

Designación de beneficiarios:

- Este formulario se utiliza con el objeto que la afiliada/o indique las personas que serán sus beneficiarios del seguro de vida, en caso de fallecimiento.

Nota: Estos formularios podrán obtenerse en el Servicio de Bienestar o con las Encargadas/o de Bienestar Regional, según corresponda, o a través de la página web del proveedor "www.sura.cl"

h) Documentos que deben adjuntarse a la solicitud de reembolso (según sea el caso):

1. **Si uso bono**: Receta(s) u orden(es) médica(s), Bonos de consulta y/o de exámenes y procedimientos, boleta, factura, comprobante, o programa médico según corresponda, etc.
2. **Reembolsos:** Comprobante de reembolso (emitido por la Isapre/Fonasa) original cliente o afiliado (**no fotocopia)** y fotocopia de boleta o factura).
3. **Bonificación previa en otra compañía de seguros:** Original de la liquidación de reembolso y fotocopia de todos los documentos presentados a la compañía.
4. **En gastos de Medicamentos se debe adjuntar:**
   Receta original, con nombre del paciente, medicamentos, fecha, firma y timbre del médico.
   Boleta de compraventa, con el nombre de medicamentos y valor en $, y timbre de la farmacia.
5. **En gastos de medicamentos permanentes se debe presentar**:

- Receta médica original y Boleta de compraventas respectiva.
- Sura S.A. visará la receta y la devolverá con una carta. En lo sucesivo, el asegurado realizará el cobro con fotocopia de la receta y de la boleta de compraventas respectiva.
  Nota: Las recetas médicas a permanencia tienen una duración de 6 meses, desde la fecha de emisión. Al cabo de este plazo se debe enviar una nueva receta médica.

i) Plazo de presentación de solicitud de reembolso: 91 días corridos desde la fecha de prestación hasta la fecha de recepción por parte de la aseguradora. En el caso de gastos Hospitalarios el plazo es de 91 días corridos y se medirá desde la fecha de emisión de los bonos y/o fecha de pago de dichos servicios hasta la fecha de recepción por parte de la aseguradora.

****POR LO TANTO, EL DÍA 91 ANTES SEÑALADO, SIGNIFICA QUE LOS DOCUMENTOS DEBEN ESTAR EN LA COMPAÑÍA DE SEGURO EN LA CIUDAD DE SANTIAGO, POR LO QUE, CADA AFILIADO DEBE TOMAR LOS RESGUARDOS NECESARIOS PARA CUMPLIR ESTE PLAZO.**

j) Plazo para informar disconformidad de liquidación:

92 días corridos desde la fecha de pago para que el asegurado informe su disconformidad a la misma, o bien, hacer ingreso a la aseguradora de antecedentes adicionales que en dicha liquidación haya solicitado la Compañía para efectuar el reembolso de los gastos médicos.

k) Plazo de Pago de las solicitudes de reembolso:

- 5 días hábiles para gastos No Hospitalarios y gastos Hospitalarios inferior a $1.000.000.
- 9 días hábiles para gastos Hospitalarios mayores a $1.000.000.
- 10 días hábiles para los siniestros de Vida.
- 5 días hábiles para pago con cheque Salud.
- 9 días hábiles para pago con cheque Vida.

l) Coberturas especiales:

a) La mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
b) La silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
c) Dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 3 o superior, a lo menos en uno de los ojos, incluyendo el procedimiento laser.
d) Controles preventivos: Ginecológico y Control niño sano:
Control ginecológico Incluye: consulta médica, examen papanicolau, antimicóticos, ecotomografía transvaginal, mamografías y PAP.
Control Niño sano incluye: Consulta médica, radiografía de cadera hasta los 5 meses y vitaminas hasta los 12 años.

m) Servicios adicionales al seguro contratado:

a) **Uso de Sistema IMED:** Bonificación automática en gastos de consultas y exámenes en los servicios de salud que cuenten con dicho sistema, a través de la huella digital del afiliado o carga legal autorizada.
b) **Bonificación automática en farmacias Salcobrand o Cruz Verde**: Bonificación automática en compra de medicamentos genéricos y de marca que realicen los afiliados o sus cargas legales en farmacias SalcoBrand o Cruz Verde, los cuales deben ser recetados por un médico tratante mediante una receta médica y no está afecto a deducible ni franquicia.

**Estos beneficios adicionales, son contratados por la compañía directamente, y eventualmente, por razones de fuerza mayor por lo que puede ser modificado o eliminados sin previo aviso, y no significa que no estén cumpliendo con lo contratado por este Servicio de Bienestar.

4.- A modo de resumen, cabe mencionar que de acuerdo a la fecha de emisión de los documentos que acreditan los gastos médicos realizados, el reembolso se realizó o realizará en la forma que se detalla a continuación:

Fecha de emisión de documentos	**Entidad que reembolsa**	**Plazo para presentar solicitud de reembolso**	**Detalle en Informativo**
Hasta el 28 de febrero de 2015.	Compañía de seguros BCI	90 días corridos (En las oficinas de la compañía) Plazo máximo 28 de mayo 2015. (Cualquier situación pendiente, por favor comunicarse con su encargada regional a la brevedad)	Nº242 de 2015
Desde el 01 de marzo al 26 de mayo de 2015	Servicio de Bienestar	90 días corridos (En Servicio de Bienestar)	Nº244 de 2015

Desde el 27 de mayo 2015 al 26 de mayo de 2017.	Compañía de Seguros Sura	Desde la fecha de emisión son 91 días corridos para que los documentos estén en oficinas de la compañía en Santiago.	Nº252 de 2015

5.- Cualquier duda que surja respecto al contenido del presente Informativo, sugerimos realizarla directamente a este Servicio de Bienestar o Encargadas/o de Bienestar Regional, según sea el caso, o correo electrónico bienestarjunji.cl@junji.cl

Se despide afectuosamente.

Servicio de Bienestar

SOLICITUD DE REEMBOLSO SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

30201876

sura

PARA LLENAR CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD, AGRADECEREMOS LEER DETALLADAMENTE LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

(Esta sección debe ser llenada por el asegurado titular)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____

Póliza Nº _____ R.U.T.: _____ – _____ Isapre _____

II.- ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombres _____

Parentesco _____ R.U.T.: _____ – _____ Fecha de Nacimiento ___ ___ _____

Continuación de tratamiento SI ☐ NO ☐

Si es continuación de tratamiento, indique diagnóstico: _____

III.- ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

(Favor adjuntar los originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta dolencia)

Nº documentos presentados _____ Total gastos presentados (de cargo del asegurado) $ _____

IV. INFORME MEDICO TRATANTE (NO LLENAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO)

1.- Diagnóstico _____

2.- ¿Cuando consultó el paciente por primera vez sobre este diagnóstico? ___ ___ _____

3.- Fecha de manifestación de los primeros síntomas ___ ___ _____

4.a - ¿Ha sido el paciente derivado de otro médico? SI ☐ NO ☐

4.b - Nombre y especialidad del médico que lo derivó: _____

5.-Tratamiento: _____

6.- Si es embarazo indique: Número de semanas ___ F.U.R. ___ ___ _____

Nombre del médico _____

Especialidad _____ Teléfono _____ R.U.T. _____ – _____

___ ___ _____
Fecha de solicitud

_____
Firma y timbre médico

Por la presente autorizo a todo hospital, clínica, médico u otro profesional que nos haya prestado servicio a mi o a cualquier integrante de mi grupo familiar, a poner a disposición de Seguros de Vida SURA S.A. o de sus representantes debidamente acreditados, toda la información relacionada con las prestaciones que motivan esta solicitud de reembolso conforme lo dispone la LeyNº 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Fecha | Firma del asegurado titular | Nombre y timbre empresa

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones:

1.- Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa u otras coberturas de salud que tuviera contratadas.

2.- Para un rápido reembolso, es imprescindible que adjunte todos los documentos originales de los gastos presentados y que complete este formulario.

3.- Para reembolsos de recetas, envíe la boleta timbrada por la farmacia con el detalle de los medicamentos. Si es boleta electrónica detallada, no será necesario el timbre de farmacia.

4.- Para recetas a permanencia o por tratamientos prolongados, envíe la primera vez el original de la receta y luego fotocopia timbrada por la farmacia junto a la boleta. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.
En caso de recetas retenidas por la farmacia, envíe fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento indicando que el original queda en su poder.

5.- Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el Programa Médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como fotocopia de facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.

6.- Usted puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.

7.- Si su plan incluye reembolso de óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o Seguro.

8.- Para gastos de Psicología, Kinesiterapia, Fonoaudiología, envíe la orden médica para estas interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o cantidad de sesiones.

9.- Recuerde que las Solicitudes de Reembolso tienen un plazo máximo de presentación de 60 días a partir de la fecha del gasto.

10.- En caso de accidente de vehículo motorizado, deberá hacer uso de la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales en la Compañía que esté asegurado el vehículo. Posteriormente deberá recurrir a su Isapre o Fonasa. Si aún existe diferencia, deberá enviarnos fotocopia de gastos y liquidaciones efectuadas.

11.- En caso que el Comprobante de Isapre no tenga el nombre del paciente, deberá adjuntar fotocopia de la boleta o fotocopia de la Credencial de Isapre, donde se indique el nombre del beneficiario y código de éste.

DESIGNACION BENEFICIARIOS
SEGUROS DE VIDA COLECTIVOS

sura

Folio: 87

I. DATOS ASEGURADO

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NUMERO DE POLIZA / NOMBRES

II. BENEFICIARIOS

PATERNO	MATERNO	NOMBRES	RUT	PARENTESCO	% CAPITAL

1ª COPIA: ASEGURADO

Esta designación de beneficiarios es confidencial, puede ser cambiada en el futuro mediante carta certificada. Existe completa libertad en cuanto al número y personas designadas, pudiendo éstas ser o no familiares del asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario se debe indicar el porcentaje del Capital Asegurado que corresponde a cada uno; en caso de omitirse este detalle se prorrateará el Capital Asegurado en partes iguales entre los designados, con derecho a acrecer. Para el caso que el beneficiario designado por el asegurado sea menor de edad o no tenga la libre administración de sus bienes, la indemnización del seguro será pagada a la persona que acredite tener la patria potestad del menor o la calidad de tutor o curador del mismo.

Santiago,_____ de_____ de _____

FIRMA DEL TITULAR

GPVG 002-8 - Dimagraf - 01/2012 - (1)